



Aalborg Universitet

AALBORG UNIVERSITY
DENMARK

Tema: Reorganisering af organisatoriske grænseflader på Aalborg Universitetshospital
– et følgeforskningsprojekt

Gustafsson, Jeppe; Seemann, Janne

Publication date:
2015

Document Version
Accepteret manuscript, peer-review version

[Link to publication from Aalborg University](#)

Citation for published version (APA):
Gustafsson, J., & Seemann, J. (2015). *Tema: Reorganisering af organisatoriske grænseflader på Aalborg Universitetshospital: – et følgeforskningsprojekt*. Abstract fra Ledelse i grænselandet.

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal -

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at vbn@aub.aau.dk providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Abstract til forskningsseminar om 'Ledelse i grænselandet' d. 07.10.14

v/ Jeppe Gustafsson & Janne Seemann, Aalborg Universitet

Tema: Reorganisering af organisatoriske grænseflader på Aalborg Universitetshospital – et følgeforskningsprojekt

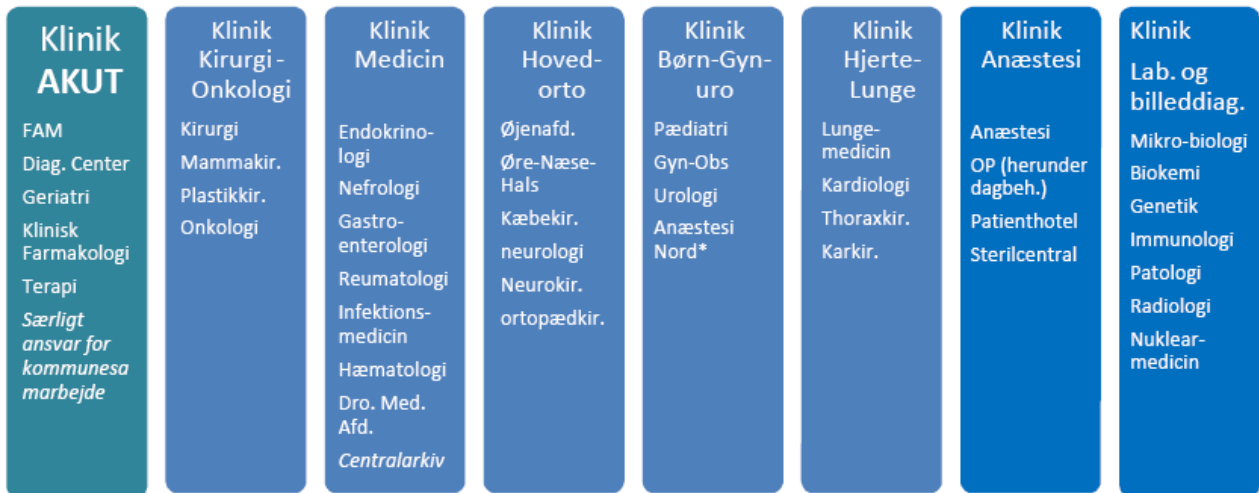
FLO i hovedtræk

Region Nordjylland har med FLO (Fremtidig Klinisk Ledelsesmæssig Organisering, juni 2012) igangsat en radikal reorganiseringsproces af regionens sygehuse, hvor det klassiske fagbureaukrati med traditionelle klinik-og afdelingsstrukturer søges transformeret til et patientorienteret hospital, der er organiseret omkring sammenhængende patientforløb. Nedenfor sættes der alene fokus på Aalborg Universitetshospital, idet nærværende pilotrapport af ressourcemæssige grunde alene har valgt én sygehusorganisation.

Den nye organisationsstruktur på Aalborg Universitetshospital består af otte klinikker med hver deres kombination af medicinske specialer. Dette betyder, at den kliniske struktur bryder med de traditionelle og opdelte grænser mellem forskellige medicinske specialer. Hovedidéen bag denne struktur er at sætte patienterne i centrum ved at gruppere de fagprofessionelle specialister omkring patienterne i stedet for at sende patienterne rundt til de forskellige specialer.

Der er tre væsentlige nyskabelser i hospitalsorganisationen. *Den første* nyskabelse er en klinisk struktur med en ny kombinationstype af forskellige medicinske specialer med henblik på at facilitere patientforløbene mere optimalt. Blandt disse kan nævnes Klinik Hoved-orto med en kombination af ortopædi og forskellige specialer knyttet til hovedet, herunder neurologi og neurokirurgi; Klinik Børn-Gyn-uro med en kombination af pædiatri, gynækologi, obstetrik og urologi samt Klinik Hjerne-lunge med en kombination af pulmonal medicin, kardiologi og thoraxkirurgi. En af de kliniske afdelinger, Klinik Akut, har en usædvanlig kombination af akut lægehjælp og geriatri, og den er også hovedansvarlig for kontakterne mellem hospitalet og de forskellige samarbejdsparter i den primære sektor. Den nye kliniske struktur på hospitalet er illustreret i figur 1 nedenfor:

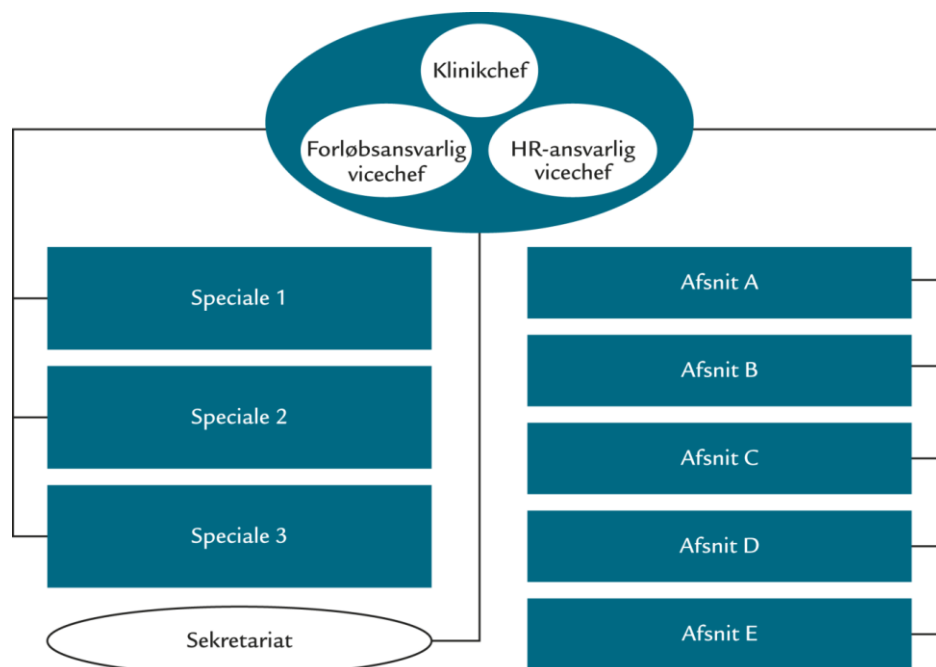
Sygehusledelse



Figur 1: Klinikstrukturen på Aalborg Universitetshospital

Hver klinik ledes af en trojka bestående af en klinikchef og to viceklinikchefer. De to viceklinikchefer har ansvar for henholdsvis de menneskelige ressourcer (HR) og patientforløb. Klinikledelsen kan illustreres således i figur 2:

Figur 2: Klinikledelsens trojka



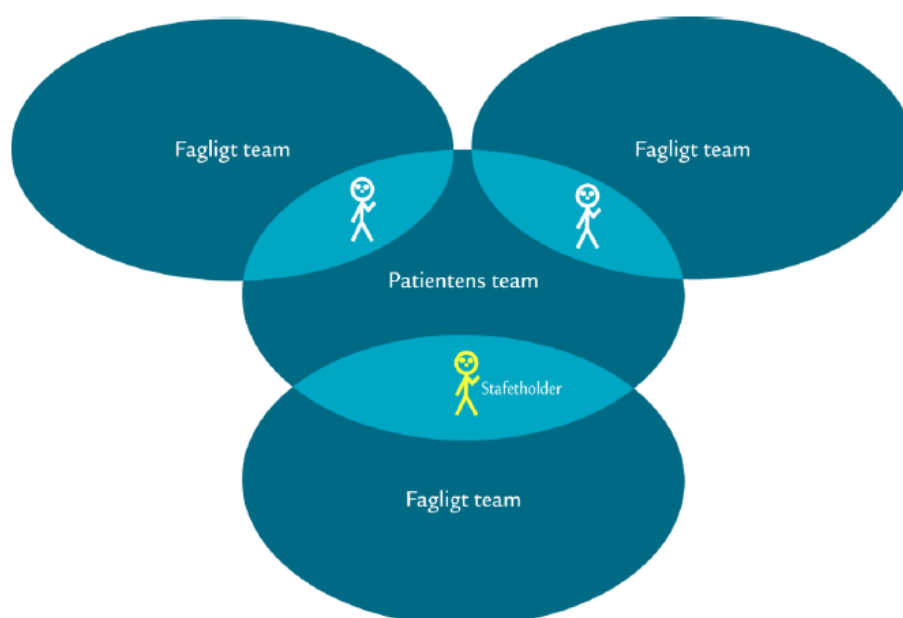
Fem af klinikcheferne er læger, to er administratorer (DJØF'ere) og en er sygeplejerske. Alle viceklinikchefer med ansvar for HR er sygeplejersker, mens der er tre læger og seks sygeplejersker,

der er viceklinikchefer med ansvar for patientforløb. En af klinikkerne (Klinik Hoved-orto) har dog to viceklinikchefer med ansvar for patientforløb på grund af klinikkenes størrelse.

Den anden nyskabelse er udnævnelsen af viceklinikcheferne med ansvar for patientforløb. Patientforløb er hermed gjort til en særskilt ledelsesopgave. De er ansvarlige for at koordinere patientforløb i egne klinikker og på tværs af klinikkerne. De er også ansvarlige for at koordinere patientforløb på tværs af hospitalet og den primære sektor.

Der har været en intensiv diskussion på hospitalet om, hvorvidt de patientforløbsansvarlige viceklinikchefer burde være læger eller sygeplejersker. Da stillingerne skulle besættes, var der imidlertid meget få læger blandt ansøgerne. Efter udnævnelsen af de forløbsansvarlige viceklinikchefer, blev det for alvor erkendt blandt mange læger, at de måtte se sig placeret i en underordnet position til de sygeplejersker, der besatte de opslåede stillinger. Dette har ført til en vis modstand fra lægerne. Der har været og er vedvarende diskussioner i gang om den rolle, funktion og magt/kompetence, viceklinikcheferne med ansvar for forløb har/skal have i den nye organisationsstruktur.

Den tredje nyskabelse er det stærke fokus på teamwork, som skal støtte op om patientforløbene. Der er tale om at formalisere den teamorganiserede arbejdsform i faglige teams og patientorienterede teams. Trojkaledelserne i hver af klinikkerne skal arbejde som et ledelsesteam, hvor viceklinikcheferne med ansvar for patientforløbene har en vigtig rolle. I hver af klinikkerne er det forventningen, at der løbende dannes tæt forbundne teams på forskellige niveauer. Der er andre typer ledelsesteam, som består af ledende læger og sygeplejersker. De faglige teams består af speciallæger, sygeplejersker og andre fagfolk, der arbejder inden for eller på tværs af de forskellige medicinske specialer. Samtidig deltager medlemmerne af disse teams som patientansvarlige læger og sygeplejersker (i samarbejde med andre personaler) i det såkaldte 'patientens team', som dannes i forbindelse med koordineringen af pleje og behandling af de individuelle patienter. Det er i disse teams, at en forbedring af patientforløbene skal finde sted. Derfor er 'patientens team' at betragte som et særdeles væsentligt omdrejningspunkt i FLO. Teamstrukturen på klinikniveau er illustreret i figur 3 nedenfor:



Figur 3: Teamstrukturen på klinikniveau

Begrebet 'patientens team' har været og er en stor udfordring for ledere og medarbejdere. Kort fortalt har det været svært at omsætte 'patientens team' til konkret handling, idet der er udbredt uklarhed om realiseringen af teamstrukturen og patientens team både i og på tværs af klinikkerne.

Der er etableret en række netværk for at støtte ledelserne i den nye hospitalsstruktur. Der er for eksempel dannet netværk for klinikcheferne og for de forskellige viceklinikchefer. Netværket af viceklinikchefer med ansvar for patientforløb mødes regelmæssigt for at udveksle oplysninger og drøfte fælles problemer i koordineringen af patientforløb. Der er også regelmæssige møder mellem dette netværk og selve hospitalsledelsen.

Der er (stadig) helt traditionelle systemer for regnskab og budgetlægning, hvilket betyder, at der afsættes ressourcer til de organisatoriske enheder og ikke til aktiviteter eller processer. Den øverste ledelse af hospitalet er klar over, at det er nødvendigt at ændre disse systemer med henblik på at etablere den nye organisation og forbedre patientforløbene på universitetshospitalet.

Kort om FLO i nationalt og internationalt perspektiv

Traditionelt er hospitaler rundt om i verden blevet organiseret omkring medicinske specialer og afdelinger snarere end omkring patienternes behov. Dette har resulteret i, at patientforløbene på mange hospitaler er ineffektive, usammenhængende og uorganiserede. Sådanne patientforløb forringer behandlings- og plejekvaliteten samt en effektiv udnyttelse af ressourcerne (McKee & Healy, 2002).

Siden 1980'erne har der været et stigende fokus på at forbedre patienternes forløb på hospitalerne. Mange hospitaler, især i USA, har anvendt industrielle modeller til procesforbedringer. Herunder for eksempel Total Quality Management og Business Process Reengineering (Deming, 1986; Hammer & Champy, 1993). De fleste af disse modeller er optaget af at måle medgået tid og omkostninger ved forskellige (behandlings)aktiviteter med henblik på at identificere barrierer og reducere spild af ressourcer. Den mest populære model i øjeblikket synes at være Lean Production, der er blevet importeret til sundhedsvæsenet fra den japanske bilindustri (Kim et al, 2006). I Sverige hævder for eksempel ni ud af ti hospitaler, at de på forskellig vis har anvendt denne model (Weimarsson, 2011).

Det står ikke klart, hvilke resultater der konkret er opnået med anvendelsen af industrielle modeller i hospitaler. Men det har været en vanskelig øvelse at omsætte disse modeller til en helt anden kontekst som et sundhedsvæsen eller dets hospitaler, hvor kompleksiteten generelt er langt højere end i mange industriproduktioner. Det har også været vanskeligt at vurdere virkningerne af disse modeller. I stedet har der været en diskussion blandt forskere i snart mange år om fordele og risici ved at importere industrielle modeller til sundhedsvæsenet (Axelsson, 2000; Walshe, 2009). Der har også været klager fra de sundhedsprofessionelle over, at målingen af tid og omkostninger betyder en stigende mængde af papirarbejde og mindre tid til patienterne (Zaremba, 2013).

På samme tid som de industrielle modeller holdt deres indtog på hospitalerne, har der været en anden udvikling af forbedringer af processer (patientforløb) i sundhedsvæsenet. Det er udviklingen af såkaldt 'Integrated Care', som har fundet sted inden for sundhedsvæsenet, og som er blevet støttet af World Health Organization. Der er således udviklet en række procesorienterede modeller for integration af forskellige sygdomme til patientgrupperne. Herunder for eksempel og især 'Shared Care', 'Integrated Care Pathways' og 'Chains of Care' (Hughes & Pritchard, 1995; Campbell et al, 1998; Ahgren & Axelsson, 2007). Også mange hospitaler har anvendt disse modeller til at forbedre deres patientforløb.

I modsætning til de industrielle modeller for kvalitetsstyring (Quality Management), er 'Integrated Care' modeller hovedsageligt baseret på erfaringer fra selve sundhedssektoren. Det betyder, at der er færre oversættelsesproblemer i anvendelsen af disse modeller sammenlignet med de industrielle modeller. Der er imidlertid de samme problemer med at vurdere virkningerne af disse modeller, men der har været rapporteret mange vellykkede anvendelser af 'Integrated Care' i løbet af de seneste år (f.eks Dowling et al, 2004; Fältholm & Jansson, 2008; Wadmann m.fl., 2009.).

Det europæiske observatorium for sundhedssystemer- og politikker (European Observatory on Health Systems and Policies) har udført en række casestudier af hospitaler i Europa (Rechel et al, 2009a, 2009b). Mange af de undersøgte hospitaler, for eksempel dem fra de nordiske lande, Tyskland og Holland har organiseret deres aktiviteter omkring de behov, patienterne har. De har forsøgt at definere og separere (udskille?) patientforløb for forskellige sygdomme. De fleste af dem har dog alene koncentreret sig om akutte patienter.

Sammenhængende patientforløb søges indfriet via forskellige former for 'case management' og tværfaglige teams. Nogle hospitaler har endda indført 'special access' eller 'transfer centers' for at kunne 'spore' overflytninger, henvisninger/visitationer og tilhørende opgaver. Lignende modeller er også blevet rapporteret fra USA og Storbritannien (Drazen & Rhoads, 2011; Health Foundation, 2013).

I Danmark spores ligeledes opbrud med hospitalsafdelinger, som har udgangspunkt i de lægelige specialer, som tillige har defineret ledelsesstrukturen på de danske hospitaler. Men der er forskelle i indhold og tempi i de 5 danske regioner.

I region Syddanmark blev det i 2009 politisk besluttet, at klynger på tværs af specialer skulle erstatte den hidtidige afdelingsstruktur. Klyngerne eller centrene, som de også kaldes, består overordnet af 60-80 senge med tilhørende ambulatorier. Hver klynge er underopdelt i klinikker med underliggende team baseret på patientforløb. Implementeringen skal foregå gradvis en sygehusenhed ad gangen og klyngekonceptet tilpasses det enkelte sygehus i regionen ud fra en betragtning om, at organisationer er forskellige (Jungersen, 2012).

I Region Midt, Region Sjælland og Region Hovedstaden er det fortsat specialerne, der definerer ledelsesstrukturen. Her har man ikke set en ændring af ledelsesstrukturen, som det, der skulle sikre mere sammenhængende patientforløb, men derimod øget fokus på patientforløb og på teamarbejde

på tværs. Samtidig sker der strukturelle ændringer i form af at flere specialer deler et afsnit, hvilket vil være den overvejende organiseringsform på de kommende nye sygehuse (Justesen, 2012).

Efter flere årtier med utallige forandringer uden der er sket egentlige transformationer af dominerende service- og organisationsformer i sundhedssektoren, er der nu flere steder i Danmark initiativer, der måske kan vise sig at få karakter af et begyndende paradigmeskifte.

Men i såvel et nationalt som et internationalt perspektiv synes reorganiseringen af Aalborg Universitetshospital at være helt unik:

Det er ikke begrænset til akut lægehjælp, men omfatter patientforløb på hele hospitalet. Det betyder både en kulturel og ikke alene en strukturel forandring af organisationen. En ny ledelsesstruktur er indført på hospitalets klinikniveauer med en klinikleder og to viceklinikchefer med ansvar for henholdsvis HR og patientforløb. Desuden søges en struktur af tværfaglige teams udviklet på tværs af specialerne i klinikkerne samt på tværs af klinikkerne. En anden vigtig del af reorganiseringen er at udvikle forbindelserne mellem hospitalet og den primære sektor, herunder de praktiserende læger og kommunerne. Det betyder, at omorganiseringen ikke blot sigter mod at forbedre patientforløbene inden for hospitalets mure, men også på tværs af hospitalet og primærsektoren.

Mundtligt oplæg på seminaret vil primært vedrøre en problematisering/uddybning af forløbschefernes problemer og muligheder på selve seminaret.

Referencer

Axelsson R., S. B. Axelsson, J. Gustafsson, J. Seemann (2014): Organizing integrated care in a university hospital – Application of a conceptual framework, *Journal of Integrated Care* (in press)

Borum F. (2013): *Strategier for organisationsforandring*, København: Handelshøjskolens Forlag, 2. udgave

FLOS (2004): *Forskning i sygehuse under forandring. Hovedpointer fra fem års studier af ledelse og organisering i det danske sygehusvæsen*. FLOS - Forskningscenter for Ledelse og Organisation i Sygehusvæsenet, Nyt fra Samfundsvidenskaberne

Jespersen P. K. (2005): *Mellem profession og management*, København: Handelshøjskolens Forlag

Jespersen P.K., J. Seemann og V. Byg (2010): *Evalueringsrapport af "Organisering og samspilsrelationer. Aalborg Kommunes projekt: Kræftrehabilitering i Aalborg"*. Forskningsrapport. Aalborg Universitet

Ugebrevet Mandagmorgen (2011): *Sundhedsvæsenets kroniske koordinationsbesvær*, 28. februar 2011

Berwick, D.M. (1996). A primer on leading the improvement of systems. *British Medical Journal*; **312**: 619-622.

- Campbell, H., Hotchkiss, R., Bradshaw, N. & Porteous, M. (1998). Integrated care pathways. *British Medical Journal*; **316**: 133-137.
- Deming, W.E. (1986). *Out of the Crisis*. Cambridge MA: MIT Press.
- Dowling, B., Powell, M. & Glendinning, C. (2004). Conceptualising successful partnerships. *Health and Social Care in the Community*; **12**(4) 309-317.
- Drazen, E. & Rhoads, J. (2011). Using tracking tools to improve patient flow in hospitals. Oakland CA: The California HealthCare Foundation. Available at www.chcf.org.
- Fältholm, Y. & Jansson, A. (2008). The implementation of process orientation at a Swedish hospital. *International Journal of Health Planning and Management*; **23**: 219-233.
- Hammer, M. & Champy, J. (1993). *Reengineering the Corporation: A Manifesto for Business Revolution*. London: Nicholas Brealey Publishing.
- Health Foundation (2013). Improving patient flow. How two trusts focused on flow to improve the quality of care and use available resources effectively. London: The Health Foundation. Available at www.health.org.uk/flowcostquality.
- Hughes, J. & Pritchard, P. (1995). Shared care: the future imperative. London: The Royal Society of Medicine.
- Kim, C.S., Spahlinger, D.A., Kin, J.M. & Billi, J.E. (2006), Lean health care: what can hospitals learn from a world-class automaker? *Journal of Hospital Medicine*; **1**:191-199.
- McKee, M. & Healy, J., eds. (2002). *Hospitals in a Changing Europe*. Buckingham: Open University Press.
- Rechel, B., Wright, S., Edwards, N., Dowdeswell, B. & McKee, M. (2009a). *Investing in Hospitals of the Future*. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies.
- Rechel, B., Erskine, J., Dowdeswell, B., Wright, S. & McKee, M. (2009b). *Capital Investment for Health: Case Studies from Europe*. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies.
- Wadmann, S., Strandberg-Larsen, M. & Vrangbæk, K. (2009). Coordination between primary and secondary healthcare in Denmark and Sweden. *International Journal of Integrated Care*; **9**: March 2009.
- Walshe, K. (2009). Pseudoinnovation: the development and spread of healthcare quality improvement methodologies. *International Journal for Quality in Health Care*; **21**(3): 153-159.
- Weimarsson, H. (2011). Nio av tio sjukhus har gått över till "lean". *Läkartidningen*; **108**: 1915.
- Zaremba, M. (2013). *Patientens pris: ett reportage om den svenska sjukvården och marknaden*. Stockholm: Weyler Förlag.